



Il sottoscritto Dott.....

nato a.....il.....

residente inTel.....

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Pesaro e Urbino

CHIEDE

di essere inserito nella "lista dei medici disponibili ad effettuare prestazioni della durata di alcuni giorni richieste da Enti o privati all'Ordine Provinciale"

DICHIARA DI

- avere/non avere rapporti di lavoro come dipendente A.S.L.;
- essere/non essere medico generico convenzionato con il S.S.N.;
- essere/non essere medico titolare del Servizio di Continuità Assistenziale.
- essere/non essere iscritto a una scuola di specializzazione
- essere/non essere iscritto al Corso triennale di Medicina Generale

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione avvenga a quanto sopra dichiarato

Data.....

Firma.....